

Joanna Zalewska-Puchała¹, Magdalena Kostrz², Anna Majda¹, Alicja Kamińska¹

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

²Specjalistyczny Szpital im. J. Dietla w Krakowie, Oddział Rehabilitacji

Poczucie samotności starszych osób

The loneliness of older people

STRESZCZENIE

Wstęp. Bardzo często osoby w podeszłym wieku doświadczają uczucia osamotnienia. Czynnikiem wpływającym na poczucie osamotnienia są uwarunkowania społeczne i kulturowe. Także stan zdrowia, zarówno fizyczny, jak i psychiczny jednostki, ma wpływ na poczucie osamotnienia osób starszych. Często osoby, które są hospitalizowane czują się odizolowane, zmarginalizowane, osamotnione.

Cel. Celem badań była ocena poczucia osamotnienia osób starszych leczonych w szpitalu.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety oraz skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld i Kamphuis. Analizę danych wykonano za pomocą podstawowych statystyk opisowych oraz testu U Manna-Whitneya, testu Kołmogorowa-Smirnowa i współczynnika korelacji rang Spearmana przy użyciu programu SPSS 17.0.0. Badania przeprowadzono w szpitalach krakowskich na oddziałach internistycznych wśród 115 chorych.

Wyniki. Niemal połowa badanych doświadczała ogólnej pustki, braku naprawdę bliskiego przyjaciela, ludzi wokół oraz towarzystwa innych ludzi, a także czuła się odrzucona. Na wsparcie rodziny, wnuków i dzieci osoby badane mogły liczyć w niewielkim stopniu. Główne czynniki mające wpływ na poczucie osamotnienia według ankietowanych, to: osobowość danej osoby i zły stan zdrowia, nie posiadanie hobby. Główne sposoby walki z samotnością, to aktywność kulturalna i dobre zagospodarowanie czasu.

Wnioski. Poczucie samotności stwierdzono u niemal połowy badanych chorych w szpitalu, przy czym częściej dotyczyło ono kobiet.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 233–238

Słowa kluczowe: samotność; osoby w wieku podeszłym; hospitalizacja

ABSTRACT

Introduction. Very often, the elderly are experiencing feelings of loneliness. Factor in affecting the sense of loneliness are social and cultural conditions. Also, the state of health – both physical and mental - of man, has an influence on the feeling of loneliness of older people. Often people who are hospitalized feel isolated, marginalized, alone.

Aim. The aim of this study was to evaluate the loneliness of elderly people treated in hospital.

Material and methods. The research method was a diagnostic survey and research-survey technique. Research tools in this study were: the author's questionnaire, and a scale for measuring loneliness Jenny De Jong Gierveld i Frans Kamphuis. Data analysis was performed using basic descriptive statistics test and Mann-Whitney U, Kolmogorov-Smirnov test and Spearman's rank correlation coefficient using SPSS 17.0.0. The study was conducted in hospitals Cracow internal medicine wards of 115 patients.

Results. Almost half of the respondents felt the general emptiness, a lack of really close friend, the people around you and the company of other people and felt disapproved. Subjects can count on little support from family, grandchildren and children. Key factors affecting loneliness by respondents are: the personality of the person, poor health, not having a hobby. Main ways to combat loneliness is a cultural activity and good time management.

Adres do korespondencji: dr n. med. Joanna Zalewska-Puchała, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 508 158 786, faks: 12 632 48 81, e-mail: joannapuch1@interia.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0039

Conclusions. The feeling of loneliness was found in almost half of the patients in the hospital, wherein the more often it refers to women.

Nursing Topics 2015; 23 (2): 233–238

Key words: loneliness; aged; hospitalization

Wstęp

Jednym z największych problemów jaki może dośkuć człowieka jest życie w samotności bez rodziny, przyjaciół, znajomych. Samotności rozumianej nie tylko jako izolacji od innych, ale także poczucia obcości, odrzucenia przez otoczenie. W literaturze gerontologicznej odróżnia się samotność od osamotnienia, traktując je jako dwa odmienne stany, odpowiednio obiektywny i subiektywny [1]. Wśród przyczyn poczucia osamotnienia wymienia się czynniki związane z wykluczeniem społecznym. Marginalizacja społeczna osób starszych spowodowana jest postrzeganiem tej grupy przez społeczeństwo jako niepełnowartościowej. Główne powody takiego wizerunku, to: zmniejszone umiejętności przystosowania się do szybkiego tempa życia i zmieniającego się otoczenia, idące za tym zmiany mentalne i obyczajowe, zmiana języka (używanie nowych słów, często zaczerpniętych z języka angielskiego) oraz technologizacja życia [2]. Szukalski zwraca także uwagę na czynniki kulturowe, określające obowiązujące w danej społeczności wzorce współzamieszkiwania oraz oczekiwania odnośnie częstości kontaktów z krewnymi, znajomymi, sąsiadami [1].

Przygotowanie do nieuchronnej dla każdego starości, w Polsce nadal pozostaje w cieniu zainteresowania, a w mentalności społecznej funkcjonuje stereotyp klęski z nią związanej. Aby zaakceptować starość, trzeba ją poznać i zrozumieć, starać się ten ostatni etap życia uczynić pogodnym, szczęśliwym, wypełnionym satysfakcjonującą aktywnością i akceptacją otoczenia [3, 4]. Jest to tym ważniejsze, że zgodnie z prognozą demograficzną dla Polski na lata 2008–2035 (GUS 2009) liczba Polaków zmniejszy się o dwa miliony. W tym samym czasie gwałtownie wzrośnie liczba osób starszych powyżej 65. roku życia. W przeciągu 20 lat odsetek osób starszych w populacji wzrośnie z kilkunastu do 23,2% [5].

Wraz z wiekiem między innymi stopniowo zmniejsza się sprawność ruchowa, która jest determinowana nie tylko poprzez stan zdrowia, ale także przez czynniki środowiskowe czy socjalne [6–8]. Zdaniem Barbary Bień to właśnie brak aktywności może powodować samotność [9]. Ale poczucie samotności w życiu starszego człowieka mogą wywoływać także sytuacje trudne, takie jak: śmierć współmałżonka czy też dorosłych już dzieci, brak zainteresowania przez rodzinę [10, 11]. Czynnikiem wpływającym na poczucie osamotnienia jest również stan zdrowia, za-

równo fizyczny, jak i psychiczny. Często osoby, które są hospitalizowane czują się odizolowane, zmarginalizowane, osamotnione. Zjawisko to, może nasilać zmiana otoczenia i konieczność adaptacji do nowych warunków [2]. A także w niektórych przypadkach niemożność odwiedzin w szpitalu przez członków rodziny czy przyjaciół.

Cel

Celem badań była ocena poczucia osamotnienia osób starszych leczonych w szpitalu.

Material i metody

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Narzędziami badawczymi były: autorski kwestionariusz ankiety oraz skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld i Kamphuis w polskiej adaptacji Grygiela, Humenny'ego, Rębisza, Świtaja, Sikorskiej-Grygiel [12]. Skala pomiaru poczucia samotności zawiera 11 twierdzeń diagnostycznych, sformułowanych negatywnie (opisują brak satysfakcji z kontaktów społecznych) i pozytywnie (mierzą satysfakcję z relacji interpersonalnych). Badany ocenia, w jakim stopniu twierdzenia skali wyrażają jego obecną sytuację i odczucia, na 5-stopniowej skali Likerta (od „zdecydowanie tak”, do „zdecydowanie nie”). Im wyższy wynik sumaryczny uzyskuje badany, tym cechuje go większe poczucie samotności. Skala ta cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (rzetelność, homogeniczność, trafność). Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji dotyczył relacji rodzinnych, instytucji wspierających i sytuacji socjoekonomicznej, składał się z 27 pytań o charakterze zamkniętym i otwartym, dającym badanym swobodę wypowiedzi.

Istotność korelacji pomiędzy zmiennymi o charakterze nominalnym badano za pomocą testu niezależności χ^2 . Korelację pomiędzy zmiennymi rangowymi i ilościowymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Istotność statystyczną różnic pomiędzy dwiema grupami sprawdzano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Nie skorzystano z parametrycznego odpowiednika tego testu (testu *t*-Studenta), ponieważ rozkłady porównywanych zmiennych nie były zgodne z rozkładem normalnym. Normalność rozkładów sprawdzano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS 17.0.0.

Ankietę przeprowadzono wśród 130 chorych leczonych na oddziałach internistycznych krakowskich szpitali w 2014 roku. Do ostatecznych analiz zakwalifikowano 115 w całości wypełnionych ankiet. Badani byli w wieku 61–92 (śr. wieku 69 lat). Większość badanych stanowiły kobiety (74,8%). Niemal połowę ankietowanych stanowiły osoby owdowiałe (48,8%), rozwiedzionych było 13% respondentów, w związkach małżeńskich 30,4%, w nieformalnych, stałych związkach 1,7%, wolnych 6,1% badanych. Na wsi mieszkali 40,9% respondentów, pozostali respondenci zamieszkiwali w miastach: > 100 tys. mieszkańców (29,6%); 50–100 tys. (16,5%); 30–50 tys. (13%). Ponad połowa ankietowanych legitymowała się wykształceniem zawodowym (53,9%), a pozostali w kolejności: podstawowym (20%), wyższym (15,7%) i średnim (10,4%). Swoją sytuację materialną większość ankietowanych oceniła jako przeciętną (35,7%) lub złą (25,2% ogółu), pozostali badani wyrazili zadowolenie z sytuacji finansowej. Większość respondentów (76,3%) nie posiadała hobby. W grupie osób deklarujących posiadanie hobby (23,7%) najczęściej, jako hobby traktowali zajmowanie się wnukami (33,3%), dla pozostałych respondentów były to: spacer (14,8%), krzyżówki, (14,8%), telewizja (11,1%), spacer z psem (7,4%). Malowanie, słuchanie muzyki, podróżowanie, zbieranie monet to hobby jedynie 18,6% ankietowanych. Wszystkie ankietowane osoby w dniu badania przebywały w szpitalu, pomimo to swój stan zdrowia 17,3% z nich oceniło jako dobry, 29,6% zadowolający, 46,1% przeciętny i tylko 7% jako zły.

Wyniki

Termin „samotność” w badanej grupie był różnie rozumiany, dla połowy ankietowanych była „pustką” (52,3%), dla 24,3% ogółu to fizyczne odizolowanie od rodziny, dla 13% respondentów to życie w pojedynkę będące świadomym wyborem, a dla 10,4% to życie obok społeczeństwa. Natomiast osamotnienie, to dla respondentów brak bliskiej osoby (67%), brak zaangażowania w życie społeczne (19,1%), brak intymnych związków z drugą osobą (10,4%) oraz depresja (3,5%).

Na poczucie osamotnienia może wpływać kohabitacja, jak pokazały uzyskane dane, aż 39,1% respondentów mieszkało samotnie. Ankietowani uważali, że najbardziej narażone na samotność są przede wszystkim kobiety (72,2%), a 15,7% osób uważało, że mężczyźni, pozostali respondenci uważali, że płeć nie ma w tym przypadku znaczenia. Główne czynniki mające wpływ na samotność lub osamotnienie według ankietowanych, to: osobowość danej osoby (45,2%), zły stan zdrowia (40%), brak pieniędzy (29,6%), miejsce zamieszkania (28,7%), śmierć bliskiej osoby (27,8%), brak hobby (20%) oraz brak zajęcia (14,8%).

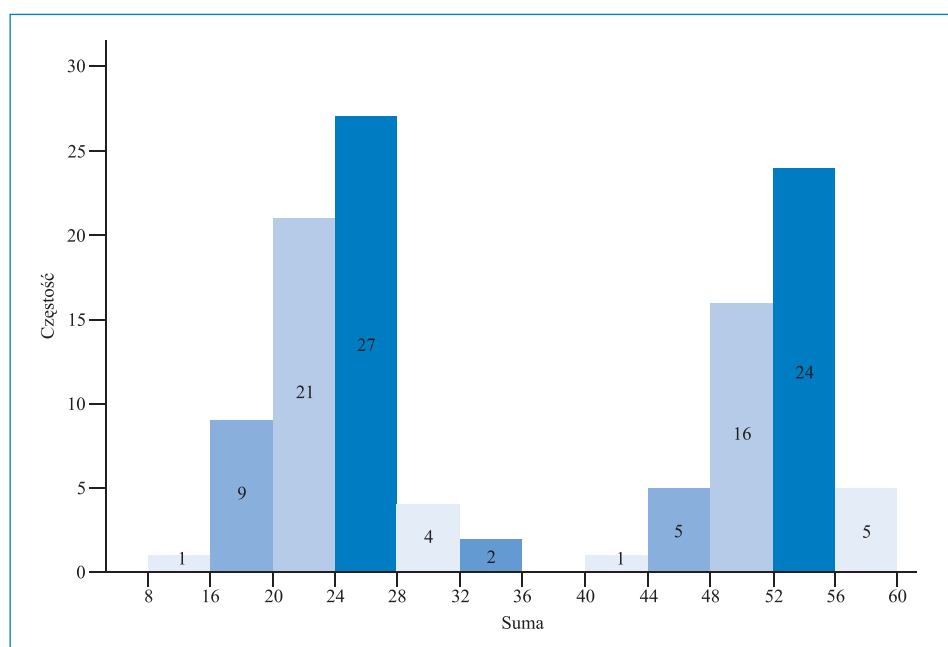
Odczuwanie samotności lub osamotnienia zadeklarowało 43% ankietowanych. Jednak odczucie osamotnienia nie towarzyszyło badanym przez cały czas. Stale samotnymi czuło się 21,1% ankietowanych, pozostałym osobom uczucie to doskwierało głównie wtedy, gdy pozostawali sami w domu i trwało to od kilku do kilkunastu godzin dziennie. Całą dobę z rodziną spędzało 25,2% ankietowanych, do 12 godzin dziennie 28,7%, do 6 godzin — 29,6% badanych. Pozostali respondenci (16,5%) zawsze byli sami. Im więcej czasu ankietowani spędzali z rodziną, tym rzadziej w ciągu dnia czuli osamotnienie. Zależność okazała się istotna statystycznie, o wysokiej sile ($r = -0,548$; $p < 0,001$). Większość badanych miała dobre (35,7%) lub bardzo dobre (31,3%) relacje ze swoją rodziną. Zadowolające relacje zadeklarowało 18,2% ogółu, a złe 14,8% respondentów. Im lepsze relacje rodzinne, tym mniej czasu ankietowani spędzali samotnie. Korelacja okazała się istotna statystycznie ($r = 0,216$; $p = 0,021$). Według deklaracji badanych na ich poczucie osamotnienia nie miał wpływu fakt pobytu w szpitalu.

Większość osób posiadająca hobby równocześnie deklarowała, że nie ma poczucia osamotnienia (74,1% z nich). Natomiast wśród osób bez hobby osamotnienie lub samotność deklarowało 48,3% respondentów. Zależność ta była istotna statystycznie ($\chi^2 = 4,20$; $p = 0,040$).

Ankietowani nie znali instytucji wspierających i pomagających osobom samotnym lub osamotnionym. Nikt też nie korzystał z żadnych instytucji wspierających. Według ankietowanych osoby starsze, samotne, osamotnione powinny się zwracać przede wszystkim do rodziny (53,9% ogółu), nieco rzadziej do znajomych (25,2%) lub do kościoła (20,9%). Prawie połowa ankietowanych mogła liczyć na wsparcie ze strony innych osób (49,1%). Z drugiej strony podobna liczba osób zadeklarowała, że takiego wsparcia nie otrzymuje. Wsparcie ankietowani otrzymywali najczęściej ze strony rodziny (14,8%), przyjaciół (9,6%), wnuków (7,8%), znajomych (7,0%), nieco rzadziej ze strony sąsiadów (3,5%) i ze strony dzieci (5,2%).

Większość ankietowanych zadeklarowała, że samotność nie wywołała negatywnych zmian w ich życiu (87,7%). Przeważnie ankietowani odczuwali smutek, przygnębienie, nieliczni mieli objawy depresyjne. Żaden ankietowany nie miał myśli samobójczych, choć zdaniem ankietowanych, to samotność lub osamotnienie najczęściej skłaniała do samobójstwa (42,1%), a nieco rzadziej choroba (36%), brak sensu życia (12,3%) oraz poczucie odrzucenia (9,6%).

Zdecydowana większość ankietowanych (94,7%) nie zmieniałaby nic w swoim życiu. Pytani o przyszłość, wyrażali obawy przed: odrzuceniem przez rodzinę i bliskich (20,1%), inwalidztwem (16,5%)



Rycina 1. Rozkład uzyskanych punktów w Skali poczucia samotności
Figure 1. The distribution of of points obtained in Scale loneliness

i śmiercią (14,8%), ale najczęściej obawiali się samotności (24,3%) oraz choroby (24,3%). Główne sposoby walki z samotnością lub osamotnieniem według badanych to aktywność kulturalna (36%), dobre zagospodarowanie czasu (32,5%), poszukiwanie radości i szczęścia (14,8%). Około 17% respondentów uważało, że nie ma lekarstwa na samotność lub osamotnienie.

Skala poczucia samotności De Jong Gierveld i Kamphuis

Średni wynik na skali poczucia samotności w badanej grupie wynosił 31,8 pkt. (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] 14,5; mediana 23) na 55 możliwych do uzyskania. Rozkład uzyskanych punktów skali dzielił wyraźnie badanych na dwie grupy, osoby niebędące samotne (55,7% punktacja w zakresie 11–32 pkt.) i osoby osamotnione (44,3% punktacja w zakresie 36–54 pkt.). Najwięcej ankietowanych znajdowało się w przedziale 20–24 punktów i 48–52 punktów (ryc. 1).

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskiwali podobne średnie wyniki na skali samotności, odpowiednio 31,8 i 32,0 punkty (analiza za pomocą testu U Manna-Whitneya nie wykazała istotnych różnic, $z = -0,03$; $p = 0,979$). Nie stwierdzono także wpływu wieku ($r_s = 0,019$; $p = 0,843$), miejsca zamieszkania ($r_s = -0,046$; $p = 0,629$), wykształcenia ($r_s = 0,083$; $p = 0,380$), stanu zdrowia ($r_s = 0,170$; $p = 0,069$), sytuacji materialnej ($r_s = -0,067$; $p = 0,476$) i relacji rodzinnych ($r_s = 0,169$; $p = 0,073$) na wysokość

uzyskanego wyniku na skali poczucia samotności. Wyższy wynik na skali samotności uzyskiwały osoby, które większość dnia spędzały samotnie. Korelacja zmiennych okazała się istotna, o mocnym nasileniu ($r_s = 0,562$; $p = 0,000$). Również osoby nieposiadające hobby osiągały nieco wyższy średni wynik na skali samotności (33,2), niż osoby hobby posiadające (26,9). Analiza statystyczna za pomocą testu U Manna-Whitneya nie wykazała jednakże, by wymienione powyżej różnice były istotne ($z = -1,73$; $p = 0,084$).

Na podstawie danych uzyskanych w skali poczucia samotności De Jong Gierveld wyłonił się niepokojący obraz badanej grupy. Niemal połowa badanych doświadczała ogólnej pustki (47%), braku naprawdę bliskiego przyjaciela (46%), braku towarzystwa innych ludzi (44%), czuła się odrzuconymi (44%), czuła, że ma zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych (43%) i brak ludzi wokół (42%) (tab. 1).

Dyskusja

Jedną ze zmiennych, mających wpływ na jakość życia osób w starszym wieku, jest poczucie osamotnienia. W prezentowanych badaniach poczucia osamotnienia doświadczało 44% badanych osób. Jest to wynik ponad 2-krotnie wyższy niż w badaniach z 2010 roku Kubickiego i Olcoń-Kubickiej, przeprowadzonych w ogólnopolskiej losowej, reprezentatywnej 1000-osobowej próbie mieszkańców Polski w starszym wieku, w których osamotnienie dotyczyło 1/5 badanych [5]. Wyniki badań własnych są natomiast zbliżone do uzyskanych przez innych autorów, między

Tabela 1. Rozkład wyników badanej grupy w Skali pocucia samotności**Table 1.** Distribution of the results of the study group in Scale loneliness

Lp.	Twierdzenia	Zdecydo- wanie tak	Raczej tak	Trudno powiedzieć	Raczej nie	Zdecydo- wanie nie
		%	%	%	%	%
1.	Zawsze jest ktoś, z kim mogę porozmawiać o codziennych problemach	21	35	7	26	11
2.	Brak mi naprawdę bliskiego przyjaciela	28	17	9	30	16
3.	Doświadczam ogólnej pustki	26	18	9	36	11
4.	Jest wiele osób, na których mogę polegać gdy mam problemy	33	29	2	24	12
5.	Brak mi towarzystwa innych ludzi	28	14	14	30	14
6.	Czuję, że mam zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych	28	15	14	23	20
7.	Jest wiele osób, którym mogę całkowicie zaufać	30	25	8	23	14
8.	Jest wystarczająco dużo osób, z którymi czuję się blisko związany	33	29	9	20	9
9.	Brakuje ludzi wokół mnie	26	18	14	25	17
10.	Często czuję się odrzucony	23	17	16	28	16
11.	Mogę liczyć na przyjaciół, gdy tylko tego potrzebuję	25	31	11	23	10

innymi Szukalskiego, którego badania pokazały, że 49% badanych osób starszych w Łodzi doświadczało poczucia osamotnienia [1]. W badaniach Zarzecznaj-Baran i wsp. osamotnienie sygnalizowało 32% ankietowanych osób starszych, podobnie w badaniach przeprowadzonych na Podlasiu poczucie osamotnienia doskwierało co trzeciej osobie badanej [13, 14]. W badaniach Czekanowskiego częste osamotnienie deklarowała co szósta osoba, rzadsze 28,5% seniorów [za: 1].

Badania Kubickiego i Olcoń-Kubickiej wykazały, że czynnikami wpływającymi na poczucie osamotnienia były między innymi: płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania [15]. W badaniach Zarzecznaj-Baran i wsp. były to relacje rodzinne, w badaniach Czekanowskiego — wiek, płeć i relacje rodzinne, a Victora i wsp. — wiek i wykształcenie [za: 1, 13]. Wyniki uzyskane przez Sidorczuk i Halicką wskazują na zależność osamotnienia między innymi od miejsca zamieszkania i relacji rodzinnych [14]. W badaniach własnych nie zaobserwowano wpływu tych zmiennych na poczucie osamotnienia.

Wpływu wieku na odczucie osamotnienia podobnie jak w badaniach własnych nie zaobserwowano w badaniach Szukalskiego [1]. W prezentowanych badaniach na deklarowane poczucie osamotnienia istotny wpływ miało nie posiadanie hobby, jednakże wyniki badanych skalą pocucia samotności De Jong

Giervelda i Kamphuisa nie potwierdziły istotności tej zmiennej, choć osoby nieposiadające hobby osiągały nieco wyższy średni wynik na skali samotności.

W badaniach własnych podobnie jak w badaniach Kubickiego i Olcoń-Kubickiej osoby starsze w trudnej sytuacji życiowej mogły w większości liczyć przede wszystkim na pomoc najbliższej rodziny [5]. Seniorzy badani przez Kubickiego i Olcoń-Kubickiej, byli w stanie wymienić miejsca i placówki, do których mogli zgłosić się ludzie samotni, na przykład kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, szkolenia, a samotność kojarzona była przez badanych przede wszystkim z uczuciem pustki i brakiem kontaktu z drugim człowiekiem [5]. Natomiast w badaniach własnych respondenci nie potrafili wymienić żadnej placówki wspierającej, natomiast samotność była kojarzona z uczuciem pustki i fizycznym odizolowaniem od rodziny.

Badania jakościowe prowadzone wśród brytyjskich seniorów pokazały, że podstawowymi przyczynami osamotnienia w opinii respondentów były ograniczenia sieci społecznych, ograniczenia funkcjonalne i strukturalne, ograniczenia natury charakterologicznej danej jednostki, wynikające z jej osobowości [za: 1]. Osamotnienie silniej odczuwane było w dni powszednie. Seniorom w badaniach własnych także samotność doskwierała głównie w dni powszednie, natomiast najczęściej wskazywali, że to osobowość wpływa na

poczucie samotności, a następnie zdrowie, miejsce zamieszkania, śmierć bliskiej osoby i brak zajęcia.

Pytani o przyszłość badani wyrażali najczęściej obawy przed samotnością, chorobą oraz odrzuceniem przez rodzinę i bliskich. Badania Kotlarskiej-Michalskiej wskazały, że osoby w starszym wieku najbardziej obawiają się pogorszenia stanu zdrowia i pojawienia się choroby (85% osób) [15]. Niestety w trakcie szczegółowych poszukiwań w literaturze przedmiotu nie natrafiono na badania poczucia osamotnienia osób przebywających w szpitalu. W badaniach własnych badani deklarowali, że na ich odczucia nie ma wpływu fakt przebywania w szpitalu.

Wnioski

1. Poczucie osamotnienia dotyczyło niemal połowy badanych osób, przy czym częściej towarzyszyło ono kobietom.
2. Niemal połowa badanych doświadczała ogólnej pustki, braku naprawdę bliskiego przyjaciela, ludzi wokół oraz towarzystwa innych ludzi, a także czuła się odrzuconymi.
3. Osoby badane w niewielkim stopniu mogły liczyć na wsparcie rodziny, wnuków i dzieci, nie potrafiły także wskazać żadnych placówek/instytucji wsparcia.
4. Główne czynniki mające wpływ na samotność według ankietowanych, to: osobowość danej osoby, zły stan zdrowia, brak pieniędzy, miejsce zamieszkania, śmierć bliskiej osoby, brak hobby oraz brak zajęcia.
5. Główne sposoby walki z samotnością wśród badanych to aktywność kulturalna i dobre zagospodarowanie czasu.

Piśmiennictwo

6. Szukalski P. Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów, a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne* 2005; 2: 217–238.

7. Dąbrowska P. Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik naukowy T.U. Fides et Ratio* 2011; 2 (6): 84–90.
8. Twardowska-Rajewska J. Samotność jako czynnik etiologiczny chorób okresu starości. W: Twardowska-Rajewska J. (red.). *Przeciw samotności*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2005: 59–72.
9. Sokal U. Poczucie osamotnienia osób starszych a działalność klubu seniora. W: Apanel D. (red.). *Opieka i wychowanie — tradycja i problemy współczesne*. Impuls, Kraków 2009: 403–411.
10. Kubicki P., Olcoń-Kubicka M. Osamotnienie osób starszych w Polsce skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku. *SH AGH* 2010; 8: 129–138.
11. Mielczarek A. Samotność i osamotnienie ludzi starszych w placówkach opiekuńczych. *Praca socjalna* 2006; 4: 24–40.
12. Twardowska-Rajewska J., de Mezer J. Samotność osób starszych jako czynnik ryzyka nadużyć strukturalnych. W: Horbowski J., Potoczny J. (red.). *Edukacja i animacja społeczno-kulturalna* Wyd. UR, Rzeszów 2007: 351–361.
13. Liszewska M. Samotność seniora jako problem pielęgnacyjny i opiekuńczy. *Wspólne tematy* 2010; 2: 21–32.
14. Bień B. Proces starzenia się człowieka. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006: 42–46.
15. Kocimska P. Społeczny odbiór osób w podeszłym wieku. *Na Temat* 2007; 4: 3–5.
16. Dziegielewska M. Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości. W: Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (red.). *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wyd. ASPRA-JR, Warszawa 2006: 161–182.
17. Grygiel P., Humenny G., Rębisz S., Świtaj P., Sikorska-Grygiel J. Validating the Polish adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *EJPA* 2013; 29 (2): 129–139.
18. Zarzeczna-Baran M., Bakierska M., Trzeciak B., Pęgiel-Kamrat J. Jakość życia starszych mieszkańców miasta i gminy Sztum korzystających z pielęgniarskiej opieki środowiskowej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89 (4): 511–517.
19. Sidorczuk A., Halicka M. Rodzina i stosunki rodzinne. W: Halicka M., Halicki J. (red.). *Przemoc wobec ludzi starych*. Wyd. Temida 2, Białystok 2010: 141–146.
20. Kotlarska-Michalska A. Samopoczucie społeczne osób w starszym wieku. *RPEiS* 1999; 1: 81–97.